

(第4号様式)

医療機関記入

年 月 日記入

横浜市病児・病後児保育事業利用連絡書

横浜市長

医療機関 所在地

(注) この様式を書いていた
だく料金は、保険診療
(診療情報提供料 I)
の扱いとなります。

名 称

電 話

F A X

担当医師 氏 名

印

横浜市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

【保護者記入欄】

| | | | | | |
|------|-------|-------|--|------|----------------|
| 患者氏名 | | 性別 | | 生年月日 | 年 月 日生 (歳 か月) |
| 患者住所 | 横浜市 区 | | | | |
| 電話番号 | () | 保護者氏名 | | | |

【医療機関記入欄】

| | | |
|---------------------------------|--|-----------------------|
| 病名・症状 (番号に○) | 1 急性上気道炎 | 8 インフルエンザ (A型・B型・型不明) |
| | 2 気管支炎・肺炎 | 9 咽頭結膜熱 (アデノウイルス感染症) |
| | 3 喘息・喘息様気管支炎 | 10 溶連菌感染症 |
| | 4 ヘルパンギーナ | 11 中耳炎 |
| | 5 感染性胃腸炎 | 12 伝染性膿痂疹 |
| | 6 流行性耳下腺炎 | 13 その他 () |
| | 7 水痘 | |
| 投薬状況 及び 経過など | | |
| 特記すべき 既往歴 (いずれかに ○) | 有 ↓ (該当するものに○) 熱性けいれん (回) その他 () | 無 ぜんそく 食物アレルギー |
| | ※初めての受診など、把握している既往歴がない場合は「不明」でかまいません。 | |
| 利用施設 (いずれかに ○) | 病児保育室のみ ・ 病児保育室、病後児保育室どちらも可 | |
| | ※病児保育室・・・医療機関に併設し、病期中又は病気の回復期の児童をお預かりします。 病後児保育室・・・保育所に併設し、病気の回復期の児童をお預かりします。 | |
| その他の 注意事項 | | |
| | ※他の児童との接触の可否等、利用施設において注意する点があれば、上の欄にご記入ください。 | |
| 保育上の 留意点 (指示があれば 番号に○) | 1 ベッド上安静 | |
| | 2 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児と静かな遊びは可) | |
| | 3 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい) | |